

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<u><b>1- ENFANT</b></u>	
	NOM : .....	
	Prénom : .....	
	Né (e) , le : .....	
	Garçon <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>

**2- VACCINATIONS** (joindre une copie des vaccinations) :

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphérie				Hépatite B	
Tétanos				R.O.R	
Polyomyellie				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (précisez)	
Ou Tétracocq					
BCG					

\* Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication, ☞ le vaccin anti-tétanique ne représente aucune contre indication.

**3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

☞ Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants au nom de l'enfant avec la notice. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies ou allergies suivantes ?

<b>Rubéole</b> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Varicelle</b> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Angine</b> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Scarlatine</b> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Coqueluche</b> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>Otite</b> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Rougeole</b> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Oreillons</b> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Asthme</b> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
<b>Allergies alimentaires</b> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		<b>Allergies médicamenteuses</b> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....  
.....

\* Indiquez ci-après, les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), ou porteur de handicap, en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....  
.....  
.....

**4- RECOMMANDATIONS UTILES :**

Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, prothèses auditives, etc..., précisez :

.....  
.....

Nom et Téléphone du médecin traitant : .....

**5- RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

Je soussigné (e), Mr. Mme : .....

**Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

Date :

Signature :